**Actualización** **del** **Historial** **de** **Salud**

**Nombre** **del** **Estudiante** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Fecha** **de** **nacimiento** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Maestro** **de** **aula\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Grado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Problemas** **de** **salud** **actuales:** **Verificar** **donde** **sea** **apropiado** | | | | | | | |
| Asma  Inhalador requerido en la escuela? \_\_\_\_si \_\_\_\_no | | Trastorno de atención | | Diabetes Tipo 1 or 2 | | Problemas cardiacos | Migraña o dolor de cabeza |
| Audición | Visión  Gafas o contactos | | Salud mental | | Problemas con el desarrollo general y la madurez | | |
| Desorden de convulsiones | ALERGIAS:  \_\_\_\_ Abeja \_\_\_\_Mani / cacahuetes\_\_\_\_ Estacional Otro \_\_\_\_\_\_\_\_  Los padres /tutores son responsables de proporcionar Epipen para uso escolar. | | | | | | Otro |
| **Si** **responde,** **a** **cualquiera** **de** **los** **anteriores,** **explique** **a** **continuación:** | | | | | | | |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Adicional:**

¿Está el niño/a debajo el cuidado de un médico/clínica ahora? No\_\_\_\_Si\_\_\_\_\_\_ Explique\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Está su hijo/a tomando algún medicamento/tratamientos ahora? No\_\_\_ Si\_\_\_

Si contestaste SÍ, nombre, dosis y frecuencia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Tiene que ser tomado en la escuela? No\_\_\_ Si\_\_\_

¿Cualquier inquietud especiales no mencionados anteriormente?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Número de Medico # \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Seguro Medical \_\_\_ Si \_\_\_\_\_\_No

Nombre y Número de Dentista # \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Seguro Dental \_\_\_\_\_Si \_\_\_\_\_\_No

**Doy** **permiso** **a** **la** **enfermera/el** **principal** **para** **administrar** **las** **siguiente** **medicinas,** **según** **sea** **necesario.**

Acetaminophen (Tylenol) Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_ Ibuprofen ( i.e. Motrin ó Advil) Si\_\_\_\_No\_\_\_\_\_\_

Tabletas para el dolor de garganta Antiácido de calicó (Tums)

Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_\_ Si\_\_\_\_\_No\_\_\_\_\_\_

En caso de accidente o enfermedad grave, la escuela puede hacer cualquier arreglo que se consideren necesarias, si la escuela no es capaz de llegar a los contactos de emergencia. Entiendo que la información dada a la enfermera de la escuela es para su uso en la comprensión y la asistencia en la salud y la educación de mi hijo. Entiendo que la información se mantendrá confidencial y será compartida con otros profesionales o empleados de la escuela sólo cuando la enfermera de la escuela/enfermera profesional creen que es en el mejor interés de la salud y la educación de mi estudiante.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre de Padre/Guardia (deletreado)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma de Padre/Guardia

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha